

PLAINTES CORPORELLES ET AGRESSIVITÉ(S) EN HÉMODIALYSE

L'agressivité et la haine dans la relation soignant-soigné

Les enjeux de haine et d'amour sont à penser en soi (*intrapsychiquement*) et dans la relation avec l'autre (*intersubjectivement*).

Un pédiatre psychanalyste anglais, Winnicott, évoquait dans son texte *Agressivité, Culpabilité et Réparation*, Oscar Wilde : « chacun de nous tue ce qu'il aime ». Plus précisément : « Et chacun tue la chose qu'il aime, que tous entendent ceci : les uns le font avec un regard de haine, d'autres avec des paroles caressantes, le lâche avec un baiser, l'homme brave avec une épée ».

Si les besoins d'amour, d'affection, sont connus, reconnus, les besoins d'agressivité et de haine ne le sont pas assez socialement alors qu'ils sont (absolument) nécessaires dans nos mouvements psychiques, pulsionnels.

Les codifications des soins au sens de *cure* sont à allier au *care*, ce prendre soin de l'autre, prendre soin de la relation, celle notamment soigné-soignant. Prendre soin se pense, se cultive : il est nécessaire de prendre soin de soi (penser comment on se sent maltraité/bientraité dans son travail par exemple et les incidences que cela a dans la relation soignant-soigné), des autres soi (pour le soignant, les autres soignants, pour le soigné, les autres soignés), et de travailler ces différents enjeux (idéalement par des groupes d'analyse de la pratique animés par un psychologue).

Winnicott a également écrit un texte qui s'appelle « la haine dans le contre-transfert » (1947). Il rappelle : « Quel que soit son amour pour ses malades, il ne peut éviter de les haïr et de les

craindre, et mieux il le sait, moins il laissera la haine et la crainte déterminer ce qu'il leur fait » (p. 73). Il y a là une question essentielle : comment penser ses mouvements d'amour, d'agressivité voire de haine dans la relation de soin pour, tout simplement, rester dans une relation de soin ?

Éloge de la plainte

« Avec la plainte, entre en scène ce reste du savoir médical qu'est le sujet, et au cœur de ce reste réside la souffrance. La plainte, indice de la souffrance, comporte un appel à l'acte destiné à soulager l'une, à éteindre l'autre. Mais le médecin en formation constate bien vite que l'acte médical n'y suffit pas, que cet acte ne sature pas l'appel et la demande de la souffrance et qu'en réponse à cet appel il ne peut que proposer ce que le savoir et la technique ne lui ont pas apporté : l'agencement de la relation. Le savoir médical reste muet devant ce qui, de la souffrance excède et épuise ses réponses, si bien que les limites mêmes de sa technique suscitent la mise en jeu de la personne du médecin [de l'infirmier, du psychologue...]. » (Kress, 1992) Rajouté par moi

Les plaintes et plus spécifiquement les plaintes corporelles des sujets en insuffisance rénale chronique et hémodialysés sont courantes.

Si certaines apparaissent aux yeux des témoins de ces plaintes, entourage ou soignants, tout à fait justifiées, évidentes, *cum materia*, d'autres semblent farfelues, imaginaires, *sine materia*, sur un mode hystérique, sur un mode hypocondriaque, voire sur un mode psychotique.

Selon les témoins de ces plaintes, certains sujets seraient trop plaintifs, lais-



Romuald JEAN-DIT-PANNEL

Psychologue Clinicien

Docteur en Psychopathologie
Psychanalytique

Maître de Conférences

Enseignant-Chercheur à l'Université de Bourgogne-Franche-Comté, Laboratoire de Psychologie à BESANÇON

Éthique

sant peut-être trop vite dans l'ombre ceux qui ne le seraient pas du tout voire ceux qui ne sauraient se plaindre corporellement et qui pourraient en devenir agressifs envers leur entourage, envers leurs soignants.

Selon *Le Petit Robert*, la plainte est l'« expression vocale de la douleur (par des paroles ou des cris, des gémissements) », l'« expression du mécontentement que l'on éprouve », enfin, la « dénonciation en justice d'une infraction par la personne qui affirme en être la victime ».

Le sens figuré de plainte rappelle un sens plus doux, plus acceptable peut-être pour les témoins de la plainte : « la plainte du vent », « la plainte d'une source » face aux intolérables plaintes du pleurnichard, du râleur, de leurs jérémiades et lamentations.

La plainte est une plaie dont le sujet porteur cherche éventuellement à se soigner pour tenter d'en guérir, par le recours à un ou des autre(s).

La plainte figure le besoin d'une réparation sur un plan narcissique, sur un plan objectal. Rappelons Freud :

« Le passage de la douleur corporelle à la douleur psychique correspond à la transformation de l'investissement narcissique en investissement d'objet. »

Pour la plainte, et tout particulièrement pour la plainte corporelle, il est nécessaire, selon les cas, de prendre soin, par « l'agencement de la relation » (Kress, *ibid.*), voire de traiter.

Malheureusement, il peut arriver que ce prendre soin soit impossible, intenable pour les soignants, pour l'entourage du sujet plaintif : on passe ainsi du *taking care* aux carences, carences irréversibles ne prenant pas en compte la subjectivité d'un sujet en détresse, le laissant bien « tout seul » avec « tout ça ».

Cela peut être le cas lorsque ses plaintes sont trop lourdes à entendre, lorsque le sujet en parle de façon aggressive, voire lorsque cette lourdeur des plaintes amène le témoin de la plainte à être agressif lui-même (« Oui ben c'est bon ! Arrêtez de vous plaindre ! »).

Vignettes cliniques : agressivité(s) et plaintes corporelles

« Contrairement à la discrétion affectant l'état de santé, l'état de maladie affecte le sujet de manière

bruyante. Il en cherche une explication, construit un roman, invente un mythe, trouve une cause à ce qui le fait souffrir. Sa plainte exprimera ses inquiétudes et sa souffrance, mais également son besoin de communiquer, son appel au social, son insertion dans le monde des représentations et des mythes humains. (...) Or, le refus d'une écoute de la plainte, la tentative de la canaliser par des apprentissages comportementaux peuvent contribuer à isoler le sujet et à l'acculer à chercher des stratégies de plus en plus coûteuses psychiquement afin de maintenir une parole qui l'humanise. (...) Loin de considérer cette plainte comme irrationnelle, celle-ci est envisagée dans sa fonction créatrice pour un sujet en perte de repères. » (Santiago Delfosse, 2002, p. 76-77)

En proposant des vignettes cliniques à propos de différents cas de figure en lien aux plaintes corporelles j'aimerais rappeler des positions oscillantes entre hétéro- et auto-agressivité.

Le soignant et le soigné peuvent se demander en quoi ils ont recherché avec eux-mêmes, avec un autre à expulser leur agressivité, qu'elle soit individuelle (propre à un individu) ou groupale (effets de groupe chez les soignants/effets de groupe chez les soignés).

Claude

Claude, la soixantaine, hémodialysé depuis quelques mois, se rend compte qu'il devient agressif à certains moments, envers sa femme, envers les soignants. Lorsqu'il m'en parle, je ressens que cela l'attriste profondément. Il est déçu de lui-même, de ne pas avoir de prise sur lui dans ces moments-là, de l'image qu'il renvoie aux autres, en particulier à sa femme, aux infirmières.

Aussi, il me dira qu'un cousin a des problèmes de santé, ce qui sera l'occasion pour moi de le relancer sur la maladie dans sa famille. J'apprendrai ainsi que sur les treize frères et sœurs de sa fratrie, sept, déjà, sont morts, tout particulièrement de maladies diverses. Il a d'ailleurs appris récemment qu'un de ses fils devra arrêter son travail pour des raisons cardiaques, à quarante ans.

Tout est pesant autour de lui : il est sans cesse inquiet autour des questions des maladies, des traitements, de la mort, pour lui et les autres. Il développe ainsi une écoute et une angoisse hypocondriaques, ce qui l'enferme lui, le rend agressif, de toujours avoir à se de-

mander qui va mourir, qui va rester vivant ?

Notamment, à propos de sa poche à urine, l'urologue lui a dit que s'il y a une nouvelle occlusion, une nouvelle hémorragie, il mourra, sans savoir quand cela arrivera, ce qui a eu l'effet sur lui d'une bombe non désamorçable.

Tous ces cumuls l'amènent à le rendre agressif, « je sais pas pourquoi », me dit-il. Je lui relancerai alors qu'il sait pourquoi, que tout cela fait trop pour lui, que, se sentant impuissant et ne pouvant en être triste, il en devient agressif.

Il me confie alors comment différents éléments médicaux se cumulent depuis trois ans pour lui. Qu'ainsi, il attend une mort libératrice mais redoutée. Je serai là rassuré de l'entendre dire qu'il redoute cette mort.

Lors de notre dernier entretien en hémodialyse, la mort était attendue, ce qui l'avait amené à me dire : « il y a quelques mois, je voulais sauter par la fenêtre... mais j'habite aux troisième... donc je ne l'ai pas fait... ça aurait servi à rien... mais si j'avais habité au septième... alors... ». Lors de ce même entretien, Claude continuera : « finalement, Jeannot est bien mieux maintenant ! Soulagé ! ». Claude et Jeannot hémodialysaient tout deux l'un à côté de l'autre, jusqu'à la mort soudaine de ce dernier.

Claude continuera en me disant rester en colère contre son généraliste. Ce dernier ne se serait pas inquiété assez rapidement à propos d'urines trop fréquentes la nuit, ce que Claude lui avait pourtant alerté en consultation, Claude étant, jusque-là, peu soucieux, selon lui, de son propre corps.

En conséquence, Claude a dû être opéré d'urgences, avec toutes les proportions que cela a pris, en particulier par cette poche qui aurait pu ne pas être, si la prise en charge n'avait pas été aussi tardive, pensait-il.

Ainsi, il devient agressif, s'en prend aux soignants, à son entourage mais pourtant ne se plaint pas. Ancien « visiteur » à l'hôpital, depuis sa retraite, activité dont il prenait beaucoup de plaisir, il s'empêche de se plaindre lui, aux autres, mais commence à se l'autoriser avec moi, parce que je lui autorise et l'encourage, mais aussi par identification au visiteur de malades que je pourrai bien représenter pour lui. Il s'autorisera de cette façon à me dire : « Mais bon... quand vous avez les dialyses, des douleurs aux jambes à cause des rayons, une poche pour vos urines, plus de rapport avec votre femme... ».

Son impossibilité à se plaindre, généralement mais surtout

corporellement, enferme Claude dans une agressivité sur laquelle il n'a plus de prise, par peur et envie de mourir pour en finir avec cette situation bien trop éprouvante pour lui.

Lucien

Lors d'une de ses séances d'hémodialyse, j'aurai avec Lucien, patient de quatre-vingt ans, un plus long échange que d'habitude. J'ai associé cela au décès récent de son voisin de dialyse, patient dont Lucien avait vu que je m'entretenais avec lui, un temps.

Lucien me parlera d'emblée de ses douleurs. Cela est très compliqué pour lui en ce moment. Elles se déplacent sans cesse : à l'épaule, à la hanche, à la tête, aux pieds, ... Sa femme lui a renvoyé que cela était, selon elle, « des fantaisies ».

Loin de les considérer moi comme des « fantaisies », je me suis interrogé sur ce que pouvait signer ces plaintes dites « fantaisistes » par sa femme.

Je me suis alors rappelé mon grand étonnement lors de la disparition totale de ses douleurs lors d'une hospitalisation longue de sa femme à haut risque pour elle, son pronostic vital étant engagé.

En lien à cela, il me dira ici qu'il n'avait plus de douleurs, il y a deux à trois semaines. D'emblée, je ferai le lien avec Joseph, son voisin de dialyse, comme si ces moments d'inquiétudes pour un autre, objectalement, lui permettaient de ne plus être pris dans des douleurs ressenties chez lui, narcissiquement.

Cela était en lien dans ces deux cas à la menace de la mort d'un autre, un proche, sa femme, son voisin de dialyse.

Lorsque sera évoqué sa prise en charge rhumatologique, il s'exclamera : « Oh !... ne m'en parlez pas !! C'est des charlatans... c'est comme les kinés !! ». Selon Lucien, cela n'a eu sur lui aucun effet de voir un rhumatologue, il ne veut d'ailleurs plus en voir. « Ils ne servent à rien ! », s'exclame-t-il, car peut être effectivement kinésithérapeutes et rhumatologues ne peuvent rien pour lui, de ne pas l'avoir pris en compte autrement. Ainsi, ses propos sont virulents à leur encontre, ses plaintes corporelles n'ayant pas été prises en compte.

Quoiqu'il en soit, si ses douleurs se situent à un autre niveau, en lien aux dialyses, à la maladie, à l'idée de la mort approchante, bientôt là, sa femme ne veut pas l'entendre.

Éthique

S'il peut s'en prendre à elle, aussi, il s'en prend de façon détournée aux infirmières, à ces médecins qui ne peuvent rien pour lui.

Cela l'amène à être particulièrement agressif avec ses soignants, tout particulièrement en hémodialyse, selon le degré de ses douleurs.

Conclusion

Penser l'hypocondrie dans toute organisation psychique

« L'hypothèse d'un travail de l'hypocondrie nous conduit à supposer un minimum d'investissement hypocondriaque du corps nécessaire dans toute organisation psychique. Il serait corrélatif de l'investissement d'objet, et en particulier la mère, du déplaisir et de la douleur corporelle au cours des premières expériences de satisfaction ; cela implique un investissement hypocondriaque de la mère qui ne soit ni trop, ni pas assez intense. » (Aisenstein et Gibeault, 1990, p. 34)

Je conclurais sur la question de l'hypocondrie comme un travail psychique nécessaire chez tout sujet, soigné et soignant. Les préoccupations autour du corps sont au cœur de la relation de soins au sens de cure : maintenir vivant l'autre. Ces préoccupations sont étroitement liées aux préoccupations psychiques de l'autre/pour l'autre. Nous le retrouvons dans la description de Spitz avec l'hospitalisme.

Freud, qui utilisait *Schmerz* en allemand pour parler indépendamment de la douleur morale et de la douleur physique, nous rappelait que « Tant que l'homme souffre, il peut encore faire son chemin dans le monde ».

Toute la complexité est bien de penser ce qui est de l'ordre de la souffrance, psychique, relationnelle, de la douleur physique et de son traitement psychique. Penser continuellement au bon et au dysfonctionnement de son corps amène, crée la plainte.

Les soignants en néphrologie et dialyse savent bien à quel point les soignés dont ils ont la charge sont épiés sous toutes leurs coutures sur les plans médicaux, paramédicaux voire même psychologique. Cela peut rendre honteux, coupable, et potentiellement agressif. Il y a aussi à penser le travail psychique que demande la maladie, la vieillesse, les représentations de la mort, ...

À ce sujet, je rappellerais que la clinique de l'hémodialysé est une clinique de l'extrême. Ce type de clinique contraint, oblige à penser le rapport à mort, à la cruauté, à la destruction, à l'humiliation, à la déshumanisation, à la désocialisation (p. 30-31), ce qui n'est pas sans conséquences agressives, haineuses, voire même cruelles. Aussi, il est à penser un « au-delà de la haine » : l'indifférence...

Bibliographie

1. Aisenstein, M. Gibeault, A. (1990) « Le travail de l'hypocondrie » In *Hypocondrie*. Les cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie. N°21. Automne 1990. Association de santé mentale du 13^{ème} arrondissement de Paris.
2. Cupa, D. (2007). *Tendresse et cruauté*. Paris : Dunod.
3. Cupa, D. (2009). Le silence des organes n'est pas la santé... *Revue française de psychosomatique*, (2), 87-100.
4. Cupa, D. (2012). *Psychologie en néphrologie*. EDK Editions.
5. Cupa, D. (2012). L'indifférence: l'«au-delà» de la haine. *Revue française de psychanalyse*, 76(4), 1021-1035.
6. Estellon, V., & Marty, F. (2012). *Cliniques de l'extrême*. Armand Colin.
7. Jean-Dit-Pannel, Romuald. *Le «travail de l'hypocondrie» chez le sujet malade somatiquement, chroniquement et héréditairement: quel travail de mise en rêve par les plaintes corporelles des angoisses de cadavérisation? Exemple du sujet en insuffisance rénale chronique génétique héréditaire et hémodialysé—À propos de cinq cas cliniques*. 2015. Thèse de doctorat. Paris 10.
8. Jean-Dit-Pannel, R. (2017). *Le travail psychique de l'hypocondrie, de la maladie somatique grave et adolescents : entrer dans son adolescence lorsque sa mère a un cancer*. *Psycho-Oncologie*, 11(3), 167-175.
9. Jean-Dit-Pannel, R., Riazuelo, H., & Cupa, D. (2018). *Le travail de l'hypocondrie chez le sujet en insuffisance rénale chronique et hémodialysé*. *L'Évolution Psychiatrique*, 83(1), 55-66.
10. Kress, J.-J. (1992) « Le psychiatre devant la souffrance » In *Conférences XIIIème journées de l'Association française de Psychiatrie*. Paris, 25 et 26 janvier 1992. *Psychiatrie française*. Numéro spécial. Avril. 21-34.
11. Santiago Delefosse, M. (2002). *Psychologie de la santé : perspectives qualitatives et cliniques*. Éditions Mardaga.
12. Winnicott, D. W. (1947). *La haine dans le contre-transfert*. Payot.
13. Winnicott, D. W. (1960). *Agressivité, culpabilité et réparation*. Payot.